

請求日 年 月 日

都城市長 宛て

\*太枠内のみ記入をお願いします。

住 所	
接種を受けた子どもの 氏名・生年月日	年 月 日
請求者氏名・生年月日	(続柄 ) 年 月 日
電 話	*日中連絡が取れる連絡先 ( ) -

### 都城市骨髓移植等後のワクチン再接種費助成金請求書

ワクチン再接種費として、次の金額を請求します。

金 額	拾	万	千	百	拾	円
-----	---	---	---	---	---	---

予防接種の種類	再接種に 要した額	助成金額	限度額（契約単価）
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
合 計		円	

**\* 関係書類（請求書に添付する書類）**

- 医療機関で発行された領収書又はその写し（ワクチン名と金額がそれぞれ記載されていること。）
- 母子健康手帳の写し又は再接種を受けたことが分かる書類

振込先 (請求者と同じ)	金融機関名	銀行・信金 信組・農協
	支店名	支店・支所 出張所
	預金の種類	
	口座番号	
	口座名義(カカ)	